

CAPÍTULO 7

SINDEMIA: NOVOS SENTIDOS PARA UMA CONHECIDA REALIDADE. AS DESIGUALDADES SOCIOESPACIAIS NUM CONTEXTO DE PANDEMIA POR COVID-19 NO BRASIL

Sílvia Helena Zanirato

7.1 INTRODUÇÃO

Este texto se coloca dentro do escopo das discussões encampadas pela disciplina Sociedade, Meio Ambiente e Cidadania no contexto da pandemia que nos aflige desde 2020. A abordagem aqui inserida olha para essas questões a partir da perspectiva espacial, de modo a mostrar como o lugar que ocupamos no espaço, particularmente o urbano, nos predispõe a mais ou menos direitos de cidadania e de qualidade de vida. Numa conjuntura de disseminação do coronavírus, o lugar onde moramos, o tipo de moradia, os deslocamentos que fazemos, as políticas públicas de cuidados da saúde, entre outras, são condicionantes para a nossa proteção, ou exposição à contaminação. O olhar na perspectiva socioespacial contribui para entender essas relações e ter mais dados acerca dos desafios a enfrentar para uma vida sem essa pandemia – o que ainda nos parece distante.

Para tanto cabe lembrar que a pandemia de covid-19, doença infecciosa causada pelo vírus SARS-CoV-2 – Coronavírus, percebida pela primeira vez em dezembro de 2019, na China, causou desde então e até dezembro de 2021, mais de 304 milhões de casos e 5,4 milhões de mortes. No Brasil, nesse mesmo tempo, os números chegaram a 22 milhões de casos e 619.056 mortes pela doença (JOHNS HOPPINKS, 2021).

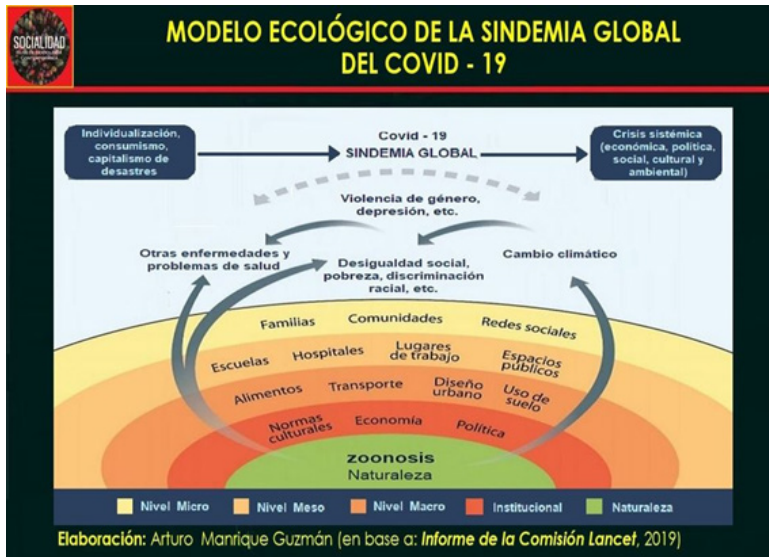
O impacto da covid-19 para o mundo todo se tornou enorme, com perdas de vidas e crise econômica. As consequências estão a aprofundar as assimetrias socioeconômicas já existentes entre países mais pobres e mais ricos e entre os habitantes de um mesmo país, particularmente naqueles já marcados por desigualdades sociais (OXFAM, 2022).

Essa é a assertiva que orienta o texto, a de que em países com cumulativas desigualdades socioespaciais, a pandemia adquire aspectos de sindemia. A partir dela busca-se entender o que significa uma sindemia, se, e como ela se expressa no Brasil. Para tanto, o texto é estruturado de modo a considerar o conceito sindemia, em seguida as condições sociais do Brasil no período imediatamente anterior à chegada da covid-19, em continuidade são considerados estudos da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2020) que mostram as relações entre desigualdades sociais e maior incidência da doença e, na sequência, o recorte espacial que se circunscreve à Região Metropolitana de São Paulo, que concentra não apenas o maior número de habitantes do país, mas também a que registra até o momento da escrita deste texto, a maior incidência de casos e de mortes decorrentes do coronavírus. A análise desse material favorece responder à pergunta se, e como a sindemia se manifesta em nosso meio.

7.2 SINDEMIA

Sindemia é um neologismo que combina sinergia e pandemia, um vocábulo que considera a interação de problemas de saúde em populações e o contexto social e econômico que as envolve. O termo foi cunhado pelo antropólogo e médico estadunidense Merrill Singer na década de 1990, para explicar a interação de aspectos sociais em determinadas doenças, que fazia com que essas não se explicassem somente por comorbidades (SINGER, 2009).

Richard Horton, médico, professor da Escola de Medicina Tropical e Higiene de Londres e editor-chefe da *The Lancet*, uma das mais antigas e prestigiadas publicações científicas do mundo, em um artigo publicado no final do mês de setembro de 2020, aplicou o conceito em relação à pandemia causada pelo coronavírus (HORTON, 2020). Segundo ele, o vírus que provoca a doença não atua sozinho. Fatores sociais e ambientais promovem e potencializam as implicações negativas da interação da doença, e a desigualdade social tem papel-chave nisso, pois em contextos de disparidade social e econômica, a doença exacerba seus efeitos. Considera Horton que, para conter o avanço e o impacto do coronavírus, é fundamental atentar para as condições que tornam certos grupos mais vulneráveis a ele.



Fonte: Manrique Guzmán, 2020.

Figura 7.1 – Modelo da Síndemia.

Essa questão foi considerada por Félix León Martínez, Pesquisador do Grupo de Protección Social del Centro de Investigaciones para el Desarrollo (CID) de la Universidad Nacional de Colombia, em 05/10/2020, examinando a incidência da pandemia na Colômbia (León Martínez, 2020). Ela também foi contemplada pela epidemiologista Sharrelle Barber, escrevendo na Lancet,

Os negros representam 13% da população dos EUA, mas cerca de um quarto das mortes de COVID-19 e têm quase quatro vezes mais probabilidade de morrer de COVID-19 em comparação com os brancos ... Negros em todas as faixas etárias têm quase três vezes mais probabilidade do que pessoas brancas de contrair COVID-19 (BARBER, 2020 p. 903).

Ausência de plano de saúde, problemas nutricionais, moradias lotadas e condições de trabalho que levam à exposição ao vírus são os principais condicionantes.

Richard Horton, por sua vez, argumenta que a associação não pode ser dada a priori e que para poder associar pandemia e síndemia há que se examinarem as interações entre indivíduos, populações e os ambientes sociais, especialmente as condições de desigualdade e injustiça social que contribuem para o agravamento e interação da doença, bem como para a vulnerabilidade. Segundo ele: “a natureza síndêmica da ameaça que enfrentamos exige que tratemos não apenas cada aflição, mas também que abordemos urgentemente as desigualdades sociais subjacentes que as

afetam” (HORTON, 2020, p. 874), ou seja, a pobreza, a moradia, a educação e a raça, que são fatores determinantes poderosos da saúde.

Essas considerações levam ao ponto seguinte que é ver se a sindemia pode se expressar no Brasil.

7.3 A PANDEMIA NO CONTEXTO BRASILEIRO

Ainda que não tenha empregado o conceito sindemia, estudos da Organização Mundial da Saúde mostram as relações entre desigualdades sociais e maior incidência da covid-19 em face de fatores como:

- 1- Dependência de transportes de massa;
- 2- Moradias com pouca infraestrutura e alta densidade populacional;
- 3- Condições precárias de saneamento;
- 4- Pouca efetividade de políticas públicas;
- 5- Aspectos culturais e comportamentais (OMS, 2020).

A análise desses fatores, associada ao conceito sindemia, permite se acercar da possibilidade de uma condição sindêmica entre nós.

Para melhor explorar essa questão, é importante lembrar que a mobilidade é um fator essencial na constituição de uma pandemia, o que faz com que cidades globais se tornem “hubs” de contaminação a partir de deslocamentos aéreos. A mobilidade foi condição para a disseminação do vírus de Wuhan, na China, para as principais capitais europeias e delas para os demais países até configurar uma condição de pandemia.

Convém notar que a chegada do vírus no Brasil ocorreu quando se atingia no país 85% de pessoas morando em cidades, sendo que no Sudeste esses números chegavam a 93% (IBGE, 2020). Naquele momento o país já registrava índices econômicos e sociais preocupantes, como uma dívida pública acima de 80% do PIB e com o desemprego alcançando 12 milhões de pessoas (BANCO CENTRAL, 2020; IBGE, 2020). A taxa de desemprego na população acima de 14 anos havia mudado de 6,8% em 2014 para 11,9% em 2019. A proteção previdenciária à população ocupada em idade ativa de 72,5% em 2014 havia caído para 70,3% em 2019. A população com renda abaixo da linha da pobreza havia variado de 4,5% em 2014, para 6,3% em 2019, o que significava que 4,3 milhões de brasileiros voltaram a viver na pobreza que, no total, atingiu 13,3 milhões de pessoas. Parte dessa população havia se convertido em morador de rua, que de 105,3 mil em 2014, havia atingido 202,6 mil pessoas em 2019 (CASTRO, 2020). Somados a isso se via um baixo investimento em infraestrutura urbana, ao redor de menos de 2% do PIB, uma média inferior à de países em condições de desenvolvimento semelhantes às do Brasil (BANCO MUNDIAL, 2018).

Tais condições estruturais, associadas aos fatores destacados pela Organização Mundial da Saúde (2020) que explicam a maior incidência da doença, permitem associações com a sindemia, como pode se ver a seguir.

7.4 PANDEMIA? SINDEMIA?

7.4.1 DEPENDÊNCIA DE TRANSPORTES DE MASSA

As condições em que ocorre a mobilidade, como citado pela OMS, são fatores essenciais na constituição de uma pandemia e isso se verificou desde a chegada da covid-19 no Brasil por portadores do vírus que chegaram pelo Aeroporto Internacional de São Paulo e os deslocamentos aéreos de São Paulo para as demais capitais do país, sem qualquer tipo de controle.

A disseminação da doença internamente está associada à opção feita pelo país nas décadas de 1940-1950 pelo sistema rodoviário e de veículo individual, que relegou aos que não têm condições de ter um veículo motorizado particular, a dependência do transporte público coletivo.

O transporte público coletivo é o meio utilizado pela população mais pobre para seus deslocamentos cotidianos de suas moradias nas periferias urbanas até o local de trabalho nos centros das cidades. Esse transporte é, na avaliação da Agência Nacional de Transporte Público, “mais lento, com menor confiabilidade, recursos e atendimentos da demanda, tornando-se ‘mal necessário’ para as pessoas que não podem dispor do veículo individual motorizado” (ANTP, 1999, p. 19). Ainda assim, é o meio responsável por 50% das viagens motorizadas no país (ANTP, 2020), tendo como características marcantes a irregularidade de horários, a lotação e a insegurança (IPEA, 2011).

As pessoas que mais usam o transporte público são aquelas que residem em locais distantes do trabalho e que realizam movimentos pendulares diários casa/trabalho/casa. O tempo de deslocamento, as irregularidades na disposição dos veículos nos períodos de maiores fluxos de viajantes e as aglomerações disso resultante, expõem essa população aos riscos da contaminação.

7.4.2 MORADIAS COM POUCA INFRAESTRUTURA E ALTA DENSIDADE POPULACIONAL

Dados do IBGE de 2010 relativos às condições de moradia mostravam que os aglomerados subnormais, popularmente conhecidos como favelas, eram em torno de 6.300 e se faziam presentes em 323 municípios brasileiros. Isso correspondia a 6% da população brasileira, ou a 11.425.644 moradores em favela (IBGE, 2010).

Localizadas em sua maior parte nas regiões periféricas das cidades e com edificações autoconstruídas, as moradias eram caracterizadas pela carência de serviços públicos essenciais, a saber: abastecimento de água, fornecimento de energia, coleta de lixo, coleta e destinação do esgoto. Esse tipo de moradia se contrapõe ao que se entende por moradia digna, que é aquela que

[...] dispõe de instalações sanitárias adequadas que garantam as condições de habitabilidade, e que seja atendida por serviços públicos essenciais, entre eles água, esgoto, energia elétrica, iluminação pública, coleta de lixo, pavimentação e transporte coletivo, com acesso aos equipamentos sociais básicos (SÃO PAULO - Plano Diretor SP, 2002, art. 79, § único).

Se em 2010 havia 6.300 aglomerados subnormais no país, em 2019 esse número saltou para aproximadamente 13.150, distribuídos por 734 municípios. Segundo o IBGE (2020), isso ultrapassava 5,1 milhões de moradias, ou quase 8% dos domicílios brasileiros. O estado de São Paulo era o que reunia o maior número desses domicílios, quase três milhões de moradias nessa condição.

Cômodos pequenos com pouca ventilação e alta densidade ocupacional, associadas às dificuldades de medidas de saneamento preconizadas para a não disseminação do vírus ampliavam a possibilidade de contaminação dos moradores dessas localidades. Em Nota Técnica no início de 2020, o IBGE alertava que

[...] nos Aglomerados Subnormais, residem, em geral, populações com condições socioeconômicas, de saneamento e de moradia mais precárias. Como agravante, muitos aglomerados subnormais possuem uma densidade de edificações extremamente elevada, o que facilita a disseminação do COVID-19 (IBGE, 2020, p. 4).

Esses números se explicam em face da transformação do solo em mercadoria. Na sociedade capitalista o acesso à terra é condicionado ao preço, e esse varia em função da quantidade e qualidade de infraestrutura disponível para o local.

No Brasil, o processo de urbanização foi e é marcado por forte desigualdade social, de modo que a urbanização é considerada uma tragédia (MARICATO, 2000). A tragédia se explica uma vez que as periferias das cidades brasileiras tiveram no decorrer do século XX um crescimento urbano intenso e extensivo, não acompanhado de políticas públicas de fornecimento de habitação e de provimento de infraestrutura urbana. A carência de equipamentos urbanos em regiões periféricas tornou o preço do solo mais barato nesses locais, e com isso a população de baixa renda se dirigiu esses espaços, com menor preço no mercado de terras, muitos deles inadequados para moradia (FERREIRA, 2011; MARICATO, 2008).

A concentração de pessoas pobres na periferia é assim resultante de um processo histórico de exclusão social. E essa exclusão se agrava quando se considera o saneamento disponibilizado a tais locais.

7.4.3 CONDIÇÕES DE SANEAMENTO

Dados do Sistema Nacional de Informação Sanitária de 2018 mostravam que quase 100 milhões de brasileiros não tinham acesso à coleta de esgoto e quase 35 milhões estavam sem o acesso à água tratada (SNIS, 2018; TRATA BRASIL, 2020). Isso significava 16,38% da população brasileira sem acesso ao abastecimento de água e 46,85% não dispoñdo da coleta de esgoto, que era muitas vezes vertido para rios, riachos, lagos, mangues e praias. Condições como essas explicavam porque o país registrou em 2018 mais de 233 mil internações por doenças de veiculação hídrica, quase 50% em crianças de 0 a 5 anos (DATASUS, 2018).

Na RMSP, em 2020, a oferta de água tratada atingia 98,2%, todavia como esclarece Rodrigues em Nota Técnica do IPEA, a mera conexão à rede geral de água não garante a frequência adequada no fornecimento nas favelas. Conforme a nota:

Embora não exista um levantamento específico sobre a construção das redes de abastecimento de água nas favelas, é possível deduzir que as redes de água são, atualmente, um misto/sobreposição dessas situações diversas: ligações realizadas por meio de mutirões comunitários, ligações clandestinas e também redes construídas pelas companhias de saneamento (estaduais) e/ou programas de urbanização de favelas, (em geral, municipais) (RODRIGUES, 2020, p. 76/77).

Assim, ainda que percentualmente os dados possam indicar maior cobertura de oferta de água, “a inconclusão das obras de urbanização de favelas, a falta de manutenção das redes e o crescimento descontrolado dos assentamentos” (Idem, p. 77) não garantem a oferta em tais locais. Dessa forma, como conclui a nota técnica referida, o direito à cidade e à moradia compreende também a disponibilidade de serviços, infraestrutura e equipamentos públicos. A moradia deve ser conectada às redes de água, saneamento básico, gás e energia elétrica; em suas proximidades espera-se que haja escolas, creches, postos de saúde, áreas de esporte e lazer, bem como serviços de transporte público, limpeza, coleta de lixo, entre outros.

A piorar a situação, não se pode esquecer que além do saneamento há outro fator destacado pela OMS para a transmissão do coronavírus já ressaltado anteriormente, que é a dependência de transportes de massa, posto que nas periferias está a moradia da população de baixa renda e nas regiões centrais, a maior parte dos empregos formais e informais. O transporte público, que não acompanha o ritmo da expansão periférica, faz com que milhões de pessoas convivam com transportes coletivos inefi-

cientes e superlotados, resultando em maior propensão à contaminação. Tanto a falta de programas habitacionais para a população de baixa renda, quanto as condições de saneamento e de transporte público dizem respeito a políticas públicas, como se vê a seguir.

7.4.4 EFETIVIDADE DE POLÍTICAS PÚBLICAS

O penúltimo fator citado pela OMS é o que diz respeito à efetividade de políticas públicas.

O que foi até então exposto permite compreender que a pouca efetividade de políticas de inclusão social no Brasil é histórica, o que explica os dados até aqui apresentados. Essa pouca efetividade se concretiza na negação do direito à moradia digna, ao saneamento e a um transporte em condições adequadas, que resultam em alta vulnerabilidade socioambiental de parte significativa de sua população.

O olhar retrospectivo permite perceber que, no que diz respeito a medidas governamentais específicas para a covid-19, o aumento exponencial da contaminação se deveu a essas condições políticas. Isso se verificou primeiramente nos deslocamentos aéreos simultâneos à entrada do vírus no Brasil que, sem um controle efetivo, acabaram por levar a contaminação de São Paulo para o restante do país. A partir do transporte aéreo o vírus embrenhou-se pela rede intraurbana e se difundiu por outros modos (aquaviário, rodoviário ou ferroviário) nas escalas metropolitanas, intermunicipais ou interestaduais (RODRIGUES, 2020a).

Uma vez instalada a transmissão comunitária, esperavam-se orientações do governo federal para a adoção de medidas de controle da disseminação da doença, todavia o que se viu foi um governo que acabou por minimizar a importância da covid-19, com o representante maior da política do país “mantendo-se como um dos poucos dirigentes mundiais que se recusam a reconhecer a ameaça que ela constitui” (AQUINO et al., 2020, p. 2.430).

A descoordenação intergovernamental no enfrentamento da covid-19 não tardou a se apresentar e se expressou no conflito em relação ao estabelecimento de medidas para o isolamento social. Ainda que governadores e prefeitos de diferentes localidades do Brasil tenham adotado medidas de isolamento, o presidente da República buscou flexibilizar as medidas, no que foi desautorizado pelo Supremo Tribunal Federal (ABRUCCIO et al., ago. 2020).

Incluem-se como problemas associados que ampliaram a disseminação da covid-19 as estratégias de testagem da população, com exames apenas em casos específicos e com implicação direta nas subnotificações de casos. A forma de testagem, agregada ao questionamento quanto ao uso de equipamentos de proteção como as máscaras, a ênfase no tratamento precoce, a proliferação de falsas informações e ataques à Ciência, a desautorização de orientações emanadas pelo Ministério da Saúde em defesa de terapias sem validação científica, como a cloroquina e seus efeitos colaterais, ou a insistência de “isolamento vertical”, contrário às indicações da Organiza-

ção Mundial da Saúde (OMS) somados à demora em definir ações voltadas a garantir a renda mínima às pessoas em vulnerabilidade, desestimularam o isolamento, agravaram a transmissibilidade e levaram a perdas de vida de centenas de milhares de brasileiros. Tudo isso acompanhado pela “naturalização de um novo nível de exposição social à morte, à ausência completa de luto e comoção social pelas mortes” (SAFATLE, 2020, p. 11).

Esses fatores, por sua vez, se relacionam com o último ponto, que diz respeito ao comportamento social.

7.4.5 FATORES CULTURAIS E COMPORTAMENTAIS

Não há uma cultura homogênea. Renda, status profissional, posição política, educação formal, religião, entre outros afetam, de fato, o comportamento das pessoas e influenciam na compreensão e interpretação da realidade à sua volta.

Vivemos desde meados da década de 2010 um clima de ceticismo crescente, de descrença nas instituições que favoreceram a disseminação de teorias conspiratórias e de negacionismos, encampados por governos com políticas escancaradamente anti-científicas.

Nos primeiros dias de abril de 2020, com a covid-19 já instalada em nosso país, o Datafolha mostrou que 76% dos entrevistados eram favoráveis à manutenção do distanciamento social para controlar a epidemia, mesmo que isso significasse prejuízos econômicos (AQUINO et al., 2020). Todavia, a desautorização das normas de isolamento pelo governo federal, atendendo aos interesses do mercado, associada ainda ao fato de que para grande parte da população mais pobre, ficar sob isolamento significava o risco de não ter o que comer, não pagar aluguel, conta de luz, não poder comprar o botijão de gás, e ainda, ter filhos apinhados no espaço com ausência de cuidados, contribuíram para a flexibilização do isolamento social (SPOSATTI, 2020).

A disseminação de entendimentos entre escolhas de salvar vidas ou salvar a economia, na qual a defesa do mercado naturaliza a oposição entre economia e vida também dificultou a prática de isolamento social. Isso fez com que “trabalhadores precarizados e sem direito, pequenos empreendedores e desempregados, também parece(sse)m ignorar a ameaça da epidemia” (CAPONI, 2020, p. 219). Os entendimentos que se viam eram de que “cada um deve cuidar de sua própria vida, pois não podemos limitar o direito de ir e vir, o direito de comprar e vender, [pois] que o mercado deve continuar funcionando, apesar de tudo” (Idem).

Em outubro de 2020, os indicadores mostravam que a população brasileira, com precárias condições de isolamento social era composta por 12 milhões de desempregados (IBGE, 2020), cerca de 50 milhões de informais (parte desempregados), 14 milhões de famílias, ou cerca de 45 milhões de pessoas em pobreza extrema (BRASIL, CADÚnico/BOLSA FAMÍLIA, 2020) e perto de 150 mil moradores de rua. Ou seja, em torno a 100 milhões de brasileiros. Essa população se expunha nas ruas em busca de trabalho e ou renda para a sobrevivência.

A somatória dos cinco fatores destacados pela OMS que tratam das relações entre desigualdades sociais e maior incidência da doença se fazem presentes no Brasil, dificultam o cumprimento do distanciamento social recomendável, levam ao crescimento do número de casos e mortes e explicitam as dificuldades para o controle da pandemia no país. A disseminação da covid-19 escancara a desigualdade brasileira e a grande vulnerabilidade dela decorrente.

A dificuldade de enfrentar essa questão é enorme e remete às considerações de Clóvis Ultramari (2006) a respeito de lugares que vivem crises cumulativas, uma condição que se aplica aos países pobres e em contínuo processo de empobrecimento, que convivem com crises consequentes da precariedade de assentamentos urbanos e da incapacidade das localidades em se tornarem resilientes. São lugares onde os desastres ocorrem em câmera lenta, onde não há pausas, onde se instala uma crise imperceptível em sua gravidade maior, seja pelo tempo, seja pelo hábito da convivência que não mais surpreende.

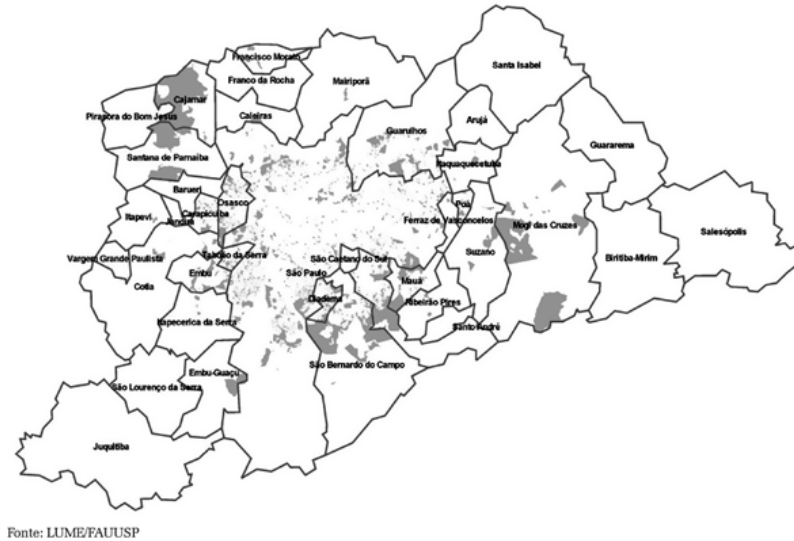
As crises cumulativas que se colocam no país aprofundam a desigualdade social expressa na hierarquia espacial nas cidades e mostram a cidade dual. De um lado a cidade legal, que recebe infraestrutura, que registra menos casos e mortes pela doença; de outro, a cidade da ilegalidade, onde se aloja a população mais pobre e sobre a qual as políticas públicas pouco incidem. A dualidade urbana revela a face mais perversa das desigualdades num contexto pandêmico: a grande mortalidade nas periferias.

7.5 SINDEMIA? UM OLHAR PARA A METRÓPOLE PAULISTA

Na Região Metropolitana de São Paulo, de uma população total de 19.456.367 de habitantes (IBGE, 2010), 2.169.502 vivem em setores subnormais e 652.318 vivem em setores precários, totalizando uma população de 2.821.820 habitantes vivendo em situação de precariedade. Somente o município de São Paulo contempla 1.675.221 habitantes em aglomerações subnormais, o que representa 15% da população do município (IBGE, 2010).

Os aglomerados subnormais concentram-se a oeste e sul da RMSP, predominantemente nos municípios de Cajamar, Osasco, Carapicuíba, Cotia e em Mauá, Ribeirão Pires e São Bernardo do Campo (BALTRUSIS; D'OTAVIANO, 2009). Essas regiões foram também as que registraram maiores problemas relacionados ao abastecimento de água no decorrer da pandemia, como diagnosticado pelo Laboratório Justiça Territorial – Labjuta, da UFABC (LABJUTA, 2020). Nessas regiões havia entre 35% e 40% das moradias com mais de duas pessoas por quarto, enquanto no Itaim Bibi, distrito nobre de SP, estas não passam de 2% (OLIVEIRA, 2020).

Mapa 1 - RMSP Distribuição das Favelas



Fonte: LUME/FAUUSP

Fonte: Baltrusis e D’Ottaviano, 2009.

Figura 7.2 – distribuição dos aglomerados subnormais na RMSP.

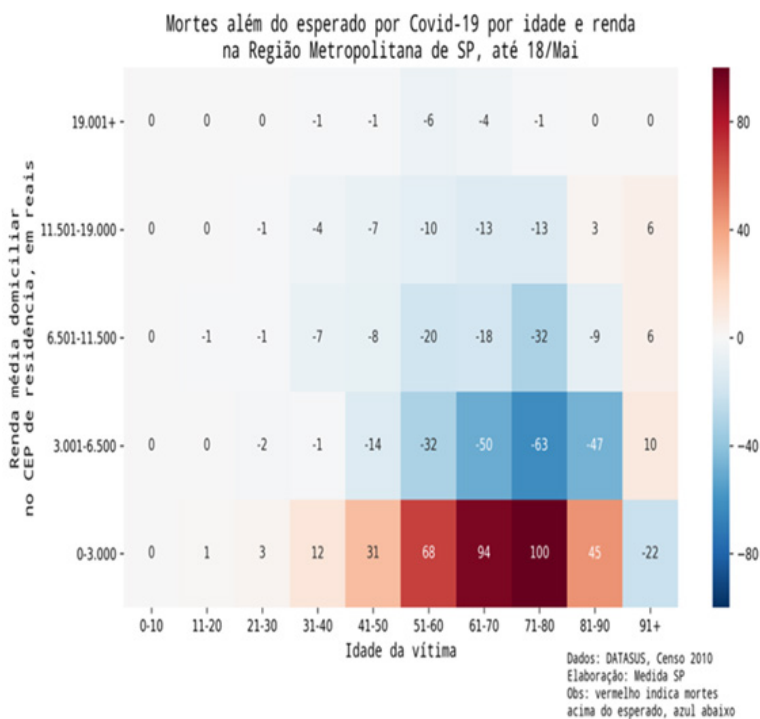
À periferização da moradia se soma a necessidade de deslocamentos diários. Isso pode ser mais bem percebido quando se olha para o trajeto urbano da covid-19, iniciado nas áreas mais ricas, nos hospitais particulares, e seu deslocamento para as periferias, regiões com moradias precárias, grande densidade populacional e transporte público superlotado.

A população mais pobre é extremamente dependente do transporte coletivo; necessitando se deslocar por grandes distâncias em viagens de baixa qualidade. Pesquisa origem destino de 2016 da Prefeitura Municipal de São Paulo mostrou que as populações das regiões leste e sul do município dispndiam mais de 60 minutos em ida de sua casa para o trabalho. Nessas regiões, esse tempo de deslocamentos se apresentava para 80 a 100% da população (PREFEITURA DE SÃO PAULO, 2016). 80,74% dos usuários do transporte público ganhavam menos de dois salários mínimos (SÃO PAULO, 2018).

Essa afirmativa pode ser constatada nos dados de 31 de março de 2020, do Boletim Epidemiológico do município de São Paulo que dizia: “A distribuição de casos nos territórios mais periféricos da cidade ainda é significativamente menor que no centro expandido”. Em 08 de abril de 2020 esse cenário já havia mudado, como pode ser verificado pelo que foi divulgado pelo Centro de Vigilância Epidemiológica do Estado, que mostrava que mais de um terço das mortes estava ocorrendo nas bordas da cidade (PIAUI, 2020).

A periferia se converteu em lócus de concentração da covid-19. A pesquisa da Unifesp/Fapesp em setembro de 2020 salientava que os usuários do transporte público estavam entre os que mais morriam pela doença em São Paulo (EXAME, 2020).

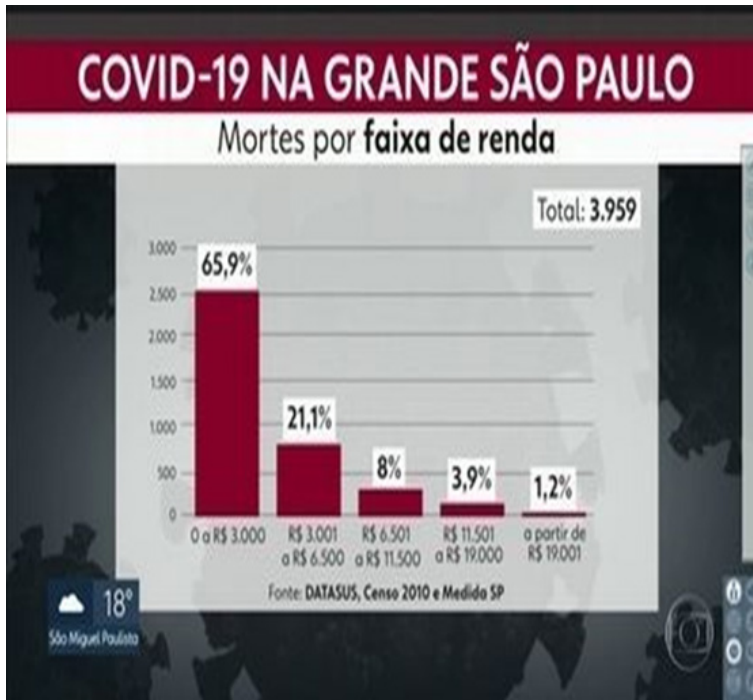
Os dados da RMSP mostraram a relação entre idade e renda dos casos levados a óbito e constatava-se que 66% dos óbitos ocorridos até 18 de maio de 2020 eram de pessoas que moravam em casas com rendimento médio mensal de 0 a 3.000 reais. Outros 21% eram de pessoas que tinham rendimento entre 3.001 e 6.500 reais. Já para as famílias que ganhavam 19.000 reais ou mais, as mortes representavam 1,1% (OBSERVABR, 2020).



Fonte: OBSERVABR – Fundação Perseu Abramo, 2020.

Figura 7.3 – relação entre idade e renda e óbitos por covid-19.

Dados da Prefeitura de São Paulo de 17/09/2020, divulgados pela Rede Brasil, mostraram que o índice de contaminação da população negra estava em 17,4%, enquanto o da população branca era de 10,7%. Já entre classes sociais, nas classes A/B a prevalência de contaminação era de 3,1%, enquanto nas classes D/E era de 18,7% (REDE BRASIL ATUAL, setembro 2020).



Fonte: G1, jun. 2020.

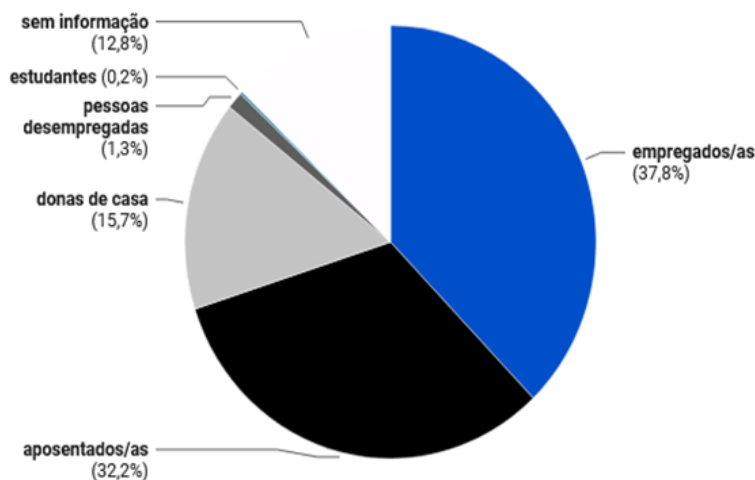
Figura 7.4 – Mortes por faixa de renda na RMSF.

A Rede Nossa São Paulo, em junho de 2020, revelava que em Moema e Jardim Paulista com 130 falecimentos, a idade dos que perderam a vida para a doença estava entre 80 a 81 anos, enquanto que nos distritos de Grajaú e Cidade Tiradentes, com 460 mortes, a idade dos falecidos situava-se entre 57 anos a 59, o que significava 3,5 vezes mais óbitos que os dois distritos com maior idade média ao morrer. A mesma fonte trouxe o “Mapa da Desigualdade”, divulgado em 21/10/2021, apresentando os dez piores distritos em números de casos e morte pela doença, sendo que sete deles estavam na região leste, principalmente na área mais periférica. Nos distritos de Grajaú e Cidade Tiradentes, ao menos uma em cada cinco mortes foi causada pelo coronavírus (REDE NOSSA SÃO PAULO, 2020).

A triste constatação de que a covid-19 foi propagada por meio do transporte e da circulação das categorias definidas por trabalhadores essenciais, aqueles que não puderam parar para que a outra parte da sociedade pudesse cumprir a quarentena foi tratada por Raquel Rolnik, pesquisadora da FAU-USP, em julho de 2020: “A circulação daqueles que precisam trabalhar e dependem do transporte público foi determinante para o aumento de casos da doença nos bairros de Capão Redondo, Brasilândia, Itaquera, Cidade Ademar, entre outros”. (JORNAL USP, 15/07/2020). De março de 2020 a março de 2021, a maioria das mortes por covid-19 foi de empregadas domésticas, pedreiros, motoristas de aplicativos e de táxi (INSTITUTO POLIS, 2021).

óbitos (%) por grandes categorias de ocupação

março 2020 a março 2021



Source: Secretaria Municipal de Saúde da Pref. São Paulo • Created with [Datawrapper](#)

Fonte: Outras Mídias – Instituto Polis, 2021.

Figura 7.5 – Mortes por categoria profissional.

Essa somatória de dados, se associada ao que a OMS e ao que Richard Horton considera como sindemia, permite afirmar que sim, a sindemia da covid-19 está no Brasil.

7.6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A expressão da sindemia no Brasil pode ser confirmada ao longo da exposição do texto e se assenta nas condições sociais do Brasil no período anterior à chegada da covid-19 e que mostraram as relações entre desigualdades sociais e maior incidência da doença em face de fatores como transportes de massa, infraestrutura e densidade populacional, condições de saneamento, efetividade de políticas públicas e aspectos culturais e comportamentais. O recorte na Região Metropolitana de São Paulo e a interpretação de dados específicos para essa região favoreceram responder à pergunta se, e como a sindemia se manifesta em nosso meio.

Este texto se encerra ainda na continuidade da pandemia, que se agrava uma vez mais diante de novas cepas que se formam. Desde dezembro de 2021 temos a variedade ômicron da covid-19. Os números de casos e internações são novamente alarmantes, as mortes continuam a ocorrer, recaindo principalmente sobre os não vacinados e na população periférica, e nos remetem uma vez mais ao texto de Richard Horton, também reproduzido pela Fiocruz em outubro de 2020: “a menos que os governos elaborem políticas e programas para reverter profundas disparidades sociais, socieda-

des desiguais nunca estarão verdadeiramente protegidas da covid-19” (HORTON, 2020, p. 874). Horton tem claro que a sindemia precisa ser combatida desde a raiz, “desde os problemas sociais como a desigualdade econômica e a carência de serviços básicos”. Não se pode pensar no enfrentamento do problema e na construção de futuros possíveis sem considerar a distribuição socioespacial desigual e seus efeitos na pandemia, sob o risco de que se confirme o que disse a socióloga Maria Hermínia Tavares em abril de 2020, no início da pandemia “quando a epidemia passar, o Brasil estará mais triste, mais pobre e certamente mais desigual” (FOLHA DE S. PAULO, 16/04/2020).

REFERÊNCIAS

- ABRUCCIO *et al.* Combate à COVID-19 sob o federalismo bolsonarista: um caso de descoordenação intergovernamental. **Revista de Administração Pública** | Rio de Janeiro 54 (4):663-677, jul.- ago. 2020.
- ANTP – Associação Nacional dos Transportes Públicos. **Transporte Humano: Cidades com qualidade de vida**. 2ª Ed. 1999, São Paulo.
- ANTP – Associação Nacional dos Transportes Públicos. Relatório 2017 – **Sistema de Informações da Mobilidade Urbana da ANTP** – Janeiro de 2020. Disponível em: <http://files.antp.org.br/simob/sistema-de-informacao-de-mobilidade-urbana-da-antp--2017.pdf>. Acesso em: 28 abr. 2021.
- AQUINO, Estela M. *et al.* Medidas de distanciamento social no controle da pandemia de COVID-19: potenciais impactos e desafios no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 25 (suppl 1) 05 Jun. 2020.
- BALTRUSIS, Nelson; D’OTTAVIANO, Maria C. L. Ricos e pobres, cada qual em seu lugar: a desigualdade sócio espacial na metrópole paulistana. **Cadernos CRH, Salvador**, vol. 22, n. 55, p. 135-140, 2009.
- BANCO CENTRAL DO BRASIL (Bacen) (2020). **Taxa de desocupação** – PNADC (24369). Acesso em: 30 jan. 2021, de <https://www.bcb.gov.br>.
- BANCO MUNDIAL. Notas de políticas públicas – Por um ajuste justo com crescimento compartilhado. **Informativo** | 23 de agosto de 2018. Disponível em: <https://www.worldbank.org/pt/country/brazil/brief/brazil-policy-notes>. Acesso em: 28 abr. 2021.
- BARBER, Sharrelle. The Lancet Infectious Diseases. Death by racism. **The Lancet**, Vol. 20, No. 8, Published: August, 2020. p. 903.
- BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Agrário. **Boletim Bolsa Família e Cadastro Único**, Brasília, ano 5, v. 58, 2020.
- CAPONI, SANDRA. Covid-19 no Brasil: entre o negacionismo e a razão neoliberal. **Estudos Avançados**. [online]. 2020, vol. 34, n. 99, p. 209-224.

- CASTRO, Jorge Abrahão de. Proteção social em tempos de Covid-19. **Saúde Debate** | Rio de Janeiro, V. 44, N. Especial 4, p. 88-99, Dezembro 2020.
- CENTRO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA (CVS-SP). Situação Epidemiológica – **Boletim** 53 (19/abril), 2020.
- DATASUS – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. Tecnologia da Informação a serviço do SUS. Internações hospitalares do SUS. 2018. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defptohtm.exe?sih/cnv/sxuf.def>.
- EXAME – Revista. Transporte público tem mais influência nas mortes por covid-19 em SP. Disponível em: <https://exame.com/brasil/transporte-publico-tem-mais-influencia-nas-mortes-por-covid-19-em-sp/>.
- FERREIRA, João S. Whitaker. São Paulo cidade da intolerância ou o urbanismo à brasileira. **Estudos Avançados**. 25 (71), Abr. 2011.
- FIOCRUZ – Centro de Estudos Estratégicos da Fiocruz. Covid-19 não é pandemia, mas sindemia: o que essa perspectiva científica muda no tratamento. 2020. Disponível em: <https://cee.fiocruz.br/?q=node/1264>.
- FOLHA de S. Paulo. 16/04/2020. Pior será depois. <https://www1.folha.uol.com.br/colunas/maria-herminia-tavares/2020/04/pior-sera-depois.shtml>.
- G1 – Estudo mostra que 66% de mortos por Covid-19 na Grande SP ganhavam menos de 3 salários mínimos. Jun. 2020. Disponível em: <https://g1.globo.com/sp/sao-paulo/noticia/2020/06/16/estudo-mostra-que-66percent-de-mortos-por-covid-19-na-grande-sp-ganhavam-menos-de-3-salarios-minimos.ghtml>.
- HORTON, Richard. Offline: COVID-19 is not a pandemic. **The Lancet**. Vol. 396, ISSUE 10255, P874, September 26, 2020.
- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico 2010. Disponível em: <https://censo2010.ibge.gov.br/> Acesso em: 17 abr. 2020.
- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Aglomerados Subnormais: classificação preliminar e informações de saúde para o enfrentamento à Covid-19. Rio de Janeiro: IBGE, 19 maio 2020. (Nota Técnica, n. 01/2020).
- IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Mobilidade urbana, Sistema de Indicadores de Percepção Social – SIPS. Brasília, DF, 2011. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/SIPS/110124_sips_mobilidade.pdf. Acesso em: 28 abr. 2021.
- INSTITUTO POLIS. Motoristas, domésticas e pedreiros estão entre os que mais morrem de Covid-19 em SP. 2021. Disponível em: <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:v5n3izFzLIEJ:https://agora.folha.uol.com.br/sao-paulo/2021/06/motoristas-domesticas-e-pedreiros-estao-entre-os-que-mais-morrem-de-covid-19-em-sp.shtml+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br&client=firefox-b-d>.

- JOHNS HOPKINS UNIVERSITY. Coronavirus Resource Center. Center for System Science and Engineering. COVID-19. Disponível em: <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>. Acesso em: 19 abr. 2020.
- JORNAL USP. Deslocamento para o trabalho pode explicar concentração de casos de covid-19 em alguns bairros de São Paulo, 15 de julho de 2020. Disponível em: <https://www.sopesp.com.br/2020/07/15/deslocamento-para-o-trabalho-pode-explicar-concentracao-de-casos-de-covid-19-em-alguns-bairros-de-sao-paulo/>.
- LABJUTA. Laboratório Justiça Territorial – UFABC, 2020. Disponível em: <https://en-gb.facebook.com/labjuta/posts/1584177738435568/>.
- LEÓN MARTÍNEZ, Felix. De pandemia a sindemia: mal prognóstico. Disponível em: <https://www.pacocol.org/index.php/noticias/salud/13190-de-pandemia-a-sindemia-mal-pronostico>. Acesso em: 28 abr. 2021.
- MANRIQUE GUZMÁN, Arturo. El covid – 19 es una sindemia global. **Sociologia en la red**. Oct 2020. Disponível em: <https://sociologiaenlaunjfsc.wordpress.com/2020/10/11/el-covid-19-es-una-sindemia-global-por-arturo-manrique-guzman/>.
- MARICATO, E. **Urbanismo na periferia do mundo globalizado: metrópoles brasileiras**. São Paulo em Perspectiva, São Paulo, SP, v. 14, n. 4, p. 21-33, 2000.
- MARICATO, E. **Brasil, cidades: alternativas para a crise urbana**. 3.ed. Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 2008.
- OBSERVABR – FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO. População mais pobre morre mais por coronavírus em São Paulo. Disponível em: <https://fpabramo.org.br/observabr/2020/06/18/populacao-mais-pobre-morre-mais-por-coronavirus-em-sao-paulo/>.
- OLIVEIRA, Sandro Barbosa de. Impactos da Covid-19 nas periferias, **Le Monde Diplomatique**, Acervo Online | Brasil, 26 de junho de 2020.
- OMS. Coronavírus. (Covid-19). Disponível em: <https://www.who.int/es>. Acesso em: 17 abr. 2020.
- OUTRAS MÍDIAS. Covid: os precários morrem muito mais. JUN. 2021. Disponível em: <https://outraspalavras.net/outrasmidias/covid-os-precarios-morrem-muito-mais/>.
- OXFAM. Um novo bilionário surgiu a cada 26 horas durante a pandemia, enquanto a desigualdade contribuiu para a morte de uma pessoa a cada quatro segundos. Disponível em: <https://www.oxfam.org.br/noticias/um-novo-bilionario-surgiu-a-cada-26-horas-durante-a-pandemia-enquanto-a-desigualdade-contribuiu-para-a-morte-de-uma-pessoa-a-cada-quatro-segundos/>.
- PIAÚÍ, Revista. 2020. Do Einstein para o SUS: a rota letal da covid-19. Disponível em:

<https://piaui.folha.uol.com.br/do-einstein-para-o-sus-rota-letal-da-covid-19>.

REDE BRASIL ATUAL. Sem direito a 'home office', periferia tem o dobro da contaminação por covid-19 que em bairros ricos. 17/09/2020. Disponível em: <https://www.redebrasilatual.com.br/saude-e-ciencia/2020/09/periferia-covid-inquerito-sorologico/>.

REDE NOSSA SÃO PAULO. Relação com trabalho e renda é indicada como fator de risco na pandemia. Disponível em: <https://www.nossasaopaulo.org.br/2020/07/10/relacao-com-trabalho-e-renda-e-indicado-como-fator-de-risco-na-pandemia/>. Acesso em: 17 out. 2020.

RODRIGUES, Lúcio A. Transporte aéreo de passageiros e o avanço da covid-19 no Brasil. *Hygeia – Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde*, [S. l.], p. 193-201, 2020a.

RODRIGUES, Rute I. **Nota Técnica N. 39**. Diretoria de Estudos e Políticas do Estado, das Instituições e da Democracia. A covid-19, a falta de água nas favelas e o direito à moradia no Brasil. IPEA, 2020.

SAFATLE, Vladimir. Para além da necropolítica. Combate, Racismo ambiental, outubro de 2020. Disponível em: <https://racismoambiental.net.br/2020/10/24/para-alem-da-necropolitica-por-vladimir-safatle/>.

SÃO PAULO – Plano Diretor 2002. Lei Municipal 13.430 de 13 de setembro de 2002.

SÃO PAULO – METRÔ. Pesquisa Origem-Destino 2017: A mobilidade da Região Metropolitana de São Paulo em Detalhes. 2018.

SINGER, Meryl. (2009). Introduction to syndemics: a critical systems approach to public and community health. Jossey-Bass, 304 p. Disponível em: <https://pp.nexojournal.com.br/opiniao/2021/Comorbidades-pol%C3%ADticas-e-ambientais-e-a-sindemia-da-biodiversidade© 2022>.

SNIS. Sistema Nacional de Informações sobre Saneamento. Diagnóstico dos serviços de água e esgoto, 2018.

SPOSATI, A. COVID-19 Revela a Desigualdade de Condições da Vida dos Brasileiros. **Revista NAU Social** - v. 11, n. 20, p. 101-103 Maio/Out 2020.

TRATA BRASIL – Instituto (2020). Cartilha – Recomendações para prevenção do contágio da COVID-19 (Novo Coronavírus – SARS-CoV-2) pela água e por esgoto doméstico, p. 17. Disponível em: http://tratabrasil.org.br/covid-19/assets/pdf/cartilha_covid-19.pdf Acesso em: 17 jan. 2022.

ULTRAMARI, Clovis. Vulnerabilidades, resiliências e crises cumulativas urbanas. **São Paulo em Perspectiva**, 20(1), 109-122. 2006.

UNIFESP. Pesquisa relaciona transporte público e mortes por covid-19. Disponível em: <https://www.seesp.org.br/site/index.php/comunicacao/noticias/item/19485-pesquisa-relaciona-transporte-publico-e-mortes-por-covid-19>.